

28

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO BIOMÉDICO  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS  
CURSO DE MEDICINA

*Adelino*

APENDICITE

AGUDA

O que?  
Objetivos

Apresentação - 6.  
História - 8  
Conteúdo - 8  
Bibliografia - 7  

---

3.

~~3~~

*[Signature]*  
20/11/78

Novembro 1978

Eduardo Luiz Espindola .

Rui Carlos Cirimbelli .

Sergio Lobato Kander .

## INTRODUÇÃO

A inflamação do apêndice vermiforme constitui uma das doenças agudas mais importantes e mais comuns.

Embora haja descrições esparsas da doença nos séculos XVII E XVIII, e abscessos apendiculares tenham sido descritos em autópsias, foi Reginald Fitz, em 1886, quem primeiro reuniu uma série de casos nos quais foi estabelecido uma correlação clínico patológica (7).

A incidência maior da afecção (70%), dá-se entre os 13 - 39 anos, com predominância no sexo masculino (1).

A doença pode parecer acarretar maior mortalidade no grupo dos 5 aos 14 anos e após os 55. Apesar de já ter sido reconhecida como doença, a Apendicite só mais tardiamente é que passou a ser tratada com o uso da Apendicectomia, introduzida por Morton, Ochsner, Murphy, Mc Burney e Deaver.

Desde então, a Apendicite Aguda é a doença mais comum da chamada grande cirurgia.

Em 1904, já nos relata Jackson, a morte de uma criança por "envenenamento", 40 horas após o nascimento. Na autópsia determinou-se que o Apêndice estava congesto e aderido ao Cêco (2). Hill e Mason relataram um Apêndice inflamado perfurado numa criança com 55 horas de vida, que nasceu com abdome distendido e vômitos (2). Estes relatos nos orientam quanto a complexidade que por vezes nos desorientam frente a um paciente com Doença Inflamatória aguda do Apêndice Vermiforme.

## OBJETIVOS:

Tendo-se em vista a prevalência da afecção em  
nosso meio, os autores se propoem a rever al-  
guns dos seus aspectos, correlacionando-os *Quais?*  
com a bibliografia disponível.

São estudados os caracteres clínico-cirurgicos,  
anátomo-patológicos e laboratoriais.

## MATERIAL E METODOS

*Realizar a  
revisão  
cruza!*

Realizou-se uma análise retrospectiva de 50 casos de Apendicite Aguda ocorridos no Hospital Infantil Edith Campa Ramos (HIEGR) no período compreendido entre 1974 e 1978. Ressalte-se que o número de ocorrências excedeu ao estudado neste trabalho, no entanto, por estarem os demais prontuários de uma maneira tal que possibilitasse um resultado falso negativo resolvemos por bem deixá-los fora do estudo. Elaborou-se um protocolo, do qual constam os seguintes dados:

### I. Identificação -. Registro

- .Número de ordem
- .Idade
- .Sexo
- .Cor

### II. Quadro Clínico -

- .Duração da Doença
- .Febre Temperatura
  - Retal
  - Temperatura
  - Axilar
- .Dor Abdominal
- .Obstipação ou Diarréia
- .Defesa Abdominal
  - Local
  - Generalizada
- .Toque Retal

### III. Laboratório - . Hemograma

- . Cultura + TSAQ

### IV. Radiografias - .Tórax

- .Abdome

V. Diagnóstico Pré Operatório

VI. Técnica Operatória

VII. Anátomo-patológico

VIII. Complicações

Para a determinação do Quadro Clínico foram avaliados os seguintes parâmetros, que se mostraram importantes na orientação diagnóstica:

- duração da doença

*nao e  
com esse  
deu a se  
exclus.*

considerada desde o início dos sintomas até a data da internação.

- Febre

foi considerada quando registradas temperaturas iguais ou superiores a 37 graus C; valorizando-se as temperaturas diferenciais maiores que 1 grau C (Temperatura Axilar e Temperatura Retal), que caracterizam a dissociação axilo-retal.

- dor abdominal

pode ser considerada como sintoma cardinal da afecção; sua ausência praticamente exclui a Apendicite do diagnóstico.

- modificação do hábito intestinal

é sinal importante nos quadros abdominais agudos, variando na Apendicite Aguda entre a Obstipação e a Diarréia.

- defesa e contratura de parede

a  
defesa abdominal seria definida como uma atitude antiálgica, tentando proteger o abdome contra estímulos externos dolorosos.

A contratura seria um espasmo muscular reflexo, pela irritação da serosa peritoneal. Pode levar ao quadro conhecido como "ventre em tábua".

- toque retal

é importante porque provoca dor forte na Apendicite, caracterizando o chamado Sinal de Kullenkampf.

Pode servir para palpar um possível plastrão ou abcesso peri apendicular.

- hemograma

os dados considerados importantes foram:

.Leucocitose - acima de 8.000 leucóc.

.Eosinopenia

.Desvio para Esquerda.

- cultura + TSAQ

procurando-se estabelecer o agente etiológico e os agentes antimicrobianos mais indicados.

- Radiografia de Tórax e Abdome

na pesquisa de Íleo Reflexo, borramento da sombra do Musculo Psoas, velamento da Fossa Ilíaca Direita, presença de cóprólito na projeção do Apêndice, presença de Alça Sentinela, de níveis líquidos e distensão de alças. *termo inadequado*

- diagnóstico pré-operatório

ou seja o diagnóstico que levou à indicação cirúrgica.

- anátomo patológico

levando-se em conta as lesões macro e microscópicas presentes.

- complicações

foram assim consideradas, todas as intercorrências clínicas ou cirúrgicas ocorridas no pós operatório imediato ou tardio.



RESULTADOS

SEXO Idade	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
04 - 06	05	10	02	04	07	14
07 - 09	12	24	06	12	18	36
10 - 12	<u>17</u>	34	<u>08</u>	16	<u>25</u>	50
TOTAL	34	68	16	32	50	100

Quadro nº I - Distribuição dos 50 casos de Apendi  
cite Aguda , ocorridos no HIEGR, no  
período de 1974 a 1978, de acôrd  
com Idade e Sexo.

NUMERO  
DE  
CASOS

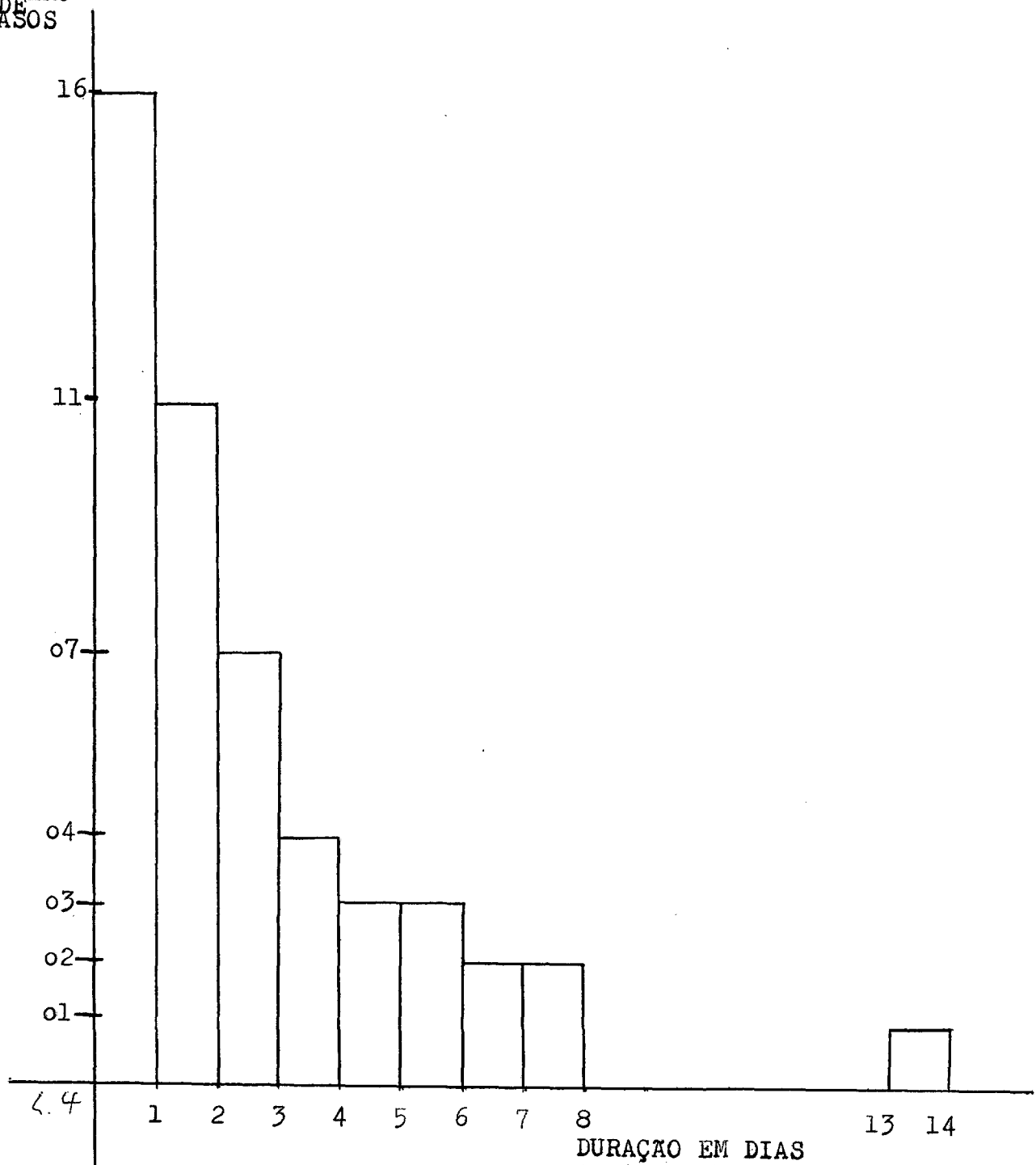


GRAFICO nº I - Correlação entre a Duração dos Sintomas em dias até o início do tratamento médico e o Número de casos

OBS.: Em 1 caso não houve referência quanto ao espaço de tempo entre o início dos sintomas e o do tratamento Médico.

16  
11  
7  
4  
3  
3  
2  
2  
1

SINAIS E SINTOMAS	NUMERO	PORCENTAGEM
Dor Abdominal	48	96 %
Defesa de Parede	46	92 %
Vômito	43	86 %
Febre	37	74 %
Alteração do Hábito Intes tinal	26	52 %
Outros	14	28 %

*leucocitose ?*

Quadro nº II - Frequência observada dos Principais Sinais e Sintomas, ocorridos na casuística apresentada.

LOCALIZAÇÃO	NUMERO	PORCENTAGEM
Fossa Iliaca Direita	20	40 %
Periumbelical	12	24 %
Generalizada	06	12 %
Epigástrico	03	06 %
Hipocôndrio Direito	01	02 %
Hipogástrico	01	02 %
Não Especificada	05	10 %
Sem Referência	02	04 %

Quadro Nº III - Especificação da Localização da Dor Abdominal apresentada como Sintoma.

*Do início  
Do repêto.*

LOCALIZAÇÃO	NUMERO	PORCENTAGEM
Fossa Iliaca Direita	30	60 %
Generalizada	13	26 %
Hipogástrio	02	04 %
Flanco e Região Lom bar Direita	01	02 %
Ausente	01	02 %
Sem Referência	03	06 %

Quadro nº IV - Região de Localização da Defesa  
de Parede.

OCORRÊNCIA	NÚMERO	PORCENTAGEM
Presente	43	86 %
Ausente	06	12 %
Sem Referência	01	02 %

Quadro Nº V - Ocorrência de Vômito nos casos  
estudados, como sintoma referido.

TEMPERATURA	NUMERO	PORCENTAGEM
36 - 37	08	16 %
37 - 38	21	42 %
38 - 39	05	10 %
Presente, não especificada	11	22 %
Sem Referência	05	10 %

*axilar / ? Retal ? Diminui ax- to retal ?*

Quadro nº VI - Índice de Temperatura nos  
pacientes estudados.

TIPO DE ALTERAÇÃO	NUMERO	PORCENTAGEM
Obstipação	21	42 %
Diarréia	05	10 %
Sem Referência	24	48 %

Quadro nº VII - Tipo de Alteração do Hábito In-  
testinal, apresentado como quei  
xa nos 50 pacientes compilados.

QUEIXA	NUMERO	PORCENTAGEM
Disúria Dor	06	12 %
Dificuldade para Deambular	08	16 %

Quadro nº VIII - Relação de outras queixas apre-  
sentadas pelos pacientes estudados.

QUANTIDADE DE LEUCOCITOS	NUMERO	PORCENTAGEM
Abaixo de 10.000	06	12 %
10 - 14.000	22	44 %
14 - 18.000	11	22 %
18.000 em diante	10	20 %
Sem Referência	01	02 %

Quadro nº IX - Índices apresentados pelo Leu  
cograma nos 50 pacientes compila  
dos em estudo retrospectivo no  
HIEGR ( 1974 - 1978 ).



VIA DE ACESSO	NUMERO	PORCENTAGEM
Mac Burney	44	88%
Jalaguier	02	04%
Laparotomia	04	08%

Quadro nº X - Técnica utilizada para Via de  
Acesso ao Processo Inflamatório  
Apendicular nos 50 casos estudados.

ACHADOS CIRURGICOS	NUMERO	PORCENTAGEM
Apêndice Hiperemiado e com Edema	23	46 %
Gangrena	26	52 %
Plastrão	28	56 %
Pús na Cavidade	32	64 %
Líquido Seroso	06	12 %
Abcesso Pélvico	03	06 %

Quadro nº XI - Achados Cirúrgicos quando da abertura da Cavidade Abdominal.

*Houve associação de achados cirúrgicos?*

ESPÉCIE	NUMERO	PORCENTAGEM
Abcesso de Parede	04	08 %
Abcesso Pélvico	01	02 %
Abcesso Subfrênico	02	04 %
Fistula Es tercoral	02	04 %
Obstrução por Bidas	01	02 %

Quadro nº XII - Complicações que se fizeram presentes nos casos estudados.

## COMENTÁRIOS

A Apendicite Aguda em Lactentes é rara, e em crianças abaixo de 4 anos de idade é incomum (2). Os estudos realizados vão de encontro a esta afirmação, pois, nos casos pesquisados, ressaltando-se os demais não compilados, mostram incidência em crescendo a partir dos 4 anos de idade,.

Quanto ao sexo, pode-se constatar um predomínio dos meninos sobre as meninas numa proporção de 2,1:1; dado semelhante possui ? trabalhos anteriormente publicados (1). *ulopi mella*

Entre os sinais e sintomas o mais frequentemente observado foi a dor abdominal, presente em 96% dos casos. Destes em 40% a dor localizava-se na FID, indicando uma Apendicite estabelecida; em 24% a dor era Periumbelical, o que costuma ocorrer nos processos apendiculares em evolução; para alguns esta dor seria típica de Apendicite. ✓

A fisiopatologia da dor periumbelical é explicada da seguinte forma: a inervação sensorial do Apêndice corresponde ao décimo segmento espinhal, a dor é referida na região periumbelical, da mesma forma que os estímulos provenientes do delgado (7).

A inquietude e dificuldade para dormir são achados importantes (2), assim como também a recusa alimentar que seria uma queixa muito encontrada (2). ✓

Retrocedendo algumas linhas, convem salientar que a dor não foi especificado em 10%, e em 4% não havia referência sobre a sua localização.

No presente estudo dos 92% de casos onde verificou-se Defesa de Parede, ficou constatado que 60% destes apresentava esta defesa ao nível de Fossa Iliaca Direita; em 26% a defesa era referida em todo abdome, sugerindo comprometimento Peritoneal difuso. Este fato é comum em crianças (7). A presença de emese (vômito) foi ocorrência observada num total de 86% de casos, esta sintomatologia é explicada pelos estímulos dolorosos quando há <sup>term na empacada</sup> estiramento da serosa com estimulação das terminações simpáticas (7).

O aumento de temperatura foi registrado em 74% dos pacientes, sendo que este aumento não foi tão acentuado, oscilando numa faixa entre 37.5 a 38.0 graus C. *conforme a literatura.*

As alterações do ritmo intestinal foram notadas em 52% da amostra, sendo que destes 42% apresentava Obstipação enquanto que o restante relatava Diarréia - 10% - . Embora a obstipação seja mais comum, a literatura refere diarréia por irritação do intestino em aproximadamente 1/6 dos casos (7). *(na infância)*

a dissecção do  
frênico é mais frequente/  
observada nos *doentes* felvicos e  
apresenta  
doença renal baixa.

Entre os sintomas atípicos deve-se citar que  
12% dos pacientes referiam disúria dor, suge  
rindo Apendicite Retrocecal que pode ser con  
fundida com doença Renal ou Ureter Direito (7).

Comumente a Leucocitose observada na Apendi  
cite não é muito intensa.

Na casuística manipulada, 44% dos pacientes  
apresentavam taxas oscilando entre 10 e 14 mil  
Leucócitos.

*o que as parece de comp  
etern.*

Quanto à via de acesso, foi utilizada a In  
cisão de Mac Burney em 88% dos casos. Esta  
incisão é indicada quando há certeza diag  
nóstica. Em 4% procedeu-se a Incisão de Jala  
guier, que tem como vantagem a possibilida  
de de ser ampliada se necessário. A Laparo  
tomia *(de que tipo?)* foi procedimento empregado nos 8% res  
tantes, por suspeitar-se de processo compli  
cado.

*recu  
a 14 jul.*

Os encontros quando da abertura da cavidade  
abdominal evidenciaram: 46% de peças cirur  
gicas com hiperemia e edema;

*aparece*

52% havia sinais de  
apendicite gangrenosa, demonstrando que a  
doença foi surpreendida num estágio mais a  
vançado (9).

Havia pus na cavidade abdominal em 64% dos  
pacientes; segundo alguns autores nestes

*Inde abelheira  
da cernida e  
laparotomia.*

casos seria desejável uma intervenção mais precoce (2,4,5,6,8);

12% apresentava líquido seroso na cavidade e em 6% detectou-se absedação na cavidade pélvica.

As complicações da Apendicite Aguda são variadas, frequentes e graves (1). Na presente casuística, registraram-se complicações em 20% dos casos.

## CONCLUSÕES

1. A presença de pus na cavidade, no presente estudo, não pareceu ser critério absoluto para caracterizar o estágio evolutivo do quadro. /
2. Das complicações havidas (10 casos), 9 ocorreram em pacientes com pus na cavidade abdominal ~~no~~ (achado trans opertório.)
3. A lavagem da cavidade com soro e antibiótico, foi feita em 3 pacientes, e destes, 2 desenvolveram abscesso subfrênico. *concluiu-se que  
necessite  
comprovar.*
4. Notou-se que a Apendicite aguda, quando convenientemente tratada é uma afecção de baixa mortalidade, porém de alta taxa ~~em~~ de complicações.



## BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, J.B. de Resende. Cirurgia Geral e Especializada. Volume 8, Editora Vega. 1ª Edição. 1973. Capítulo 12. página 323.
2. BLAIR. G.L. & Gisford, W;S. Acute Appendicitis in Children under six year. J. Pediatr. Surg 4: 445, 1969.
3. BOCKUS, H;L. Gastroenterology. Volume II. 2ª Edição. W.B. Saunders Company. pag. 1109-1110. Philadelphia 1964.
4. BURGOS, W.F. & JOHNSTON, W.S. Appendicitis, A Computer Study. Postgrad Med. 44:110, 1968.
5. CURTI, P. Appendicitis Aguda na Criança. Rev. Paul. Med. 38:236. 1951.
6. ECKSTEIN, H.B. & CLASSON, M.J. Acute Appendicitis, still a major Problem, Z. Kinderchir. 1:84. 1969.
7. HARRISON. Medicina Interna. Volume II. Editora Guanabara Koogan. 6ª Edição. Capítulo 319. Pagina 1543. 1974.
8. KISHIDA, P. & Godoy, A.C. de & GUFFI, F. Correlação Clínica, Laboratorial e Anatomocirúrgica na Appendicitis Agudas. Rev. Ass. Med. Bras. Vol 16. nº 11.
9. ROBBINS, S.L. Tratado de Patologia. 3ª Edição. Editora Interamericana. Capítulo 20. Pagina 804. 1968.

**TCC**  
**UFSC**  
**CM**  
**0028**

**Ex.1**

**N.Cham. TCC UFSC CM 0028**

**Autor: Espíndola, Eduardo**

**Título: Apendicite aguda..**



972802649

Ac. 253227

Ex.1 UFSC BSCCSM